

M.D.

 **PRITOR PLUS**[®]

M E D I C I N A E D O C T O R

Anno XX, numero 13 - 10 novembre 2013

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Dario Passoni - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

ESPERIENZE 11

La narrazione, chiave di volta del percorso di cura in Medicina generale

CLINICA 22

Algodistrofia, sindrome dolorosa localizzata a mani e piedi

RICERCHE 25

Disturbi dell'udito e rischio di demenze



Farmaci Generici

La qualità è scientifica, il risparmio anche. Stesso principio attivo, stessa efficacia dei farmaci di marca.

EG, una scelta di principio



Alberto Aronica

*Presidente Centro Studi Co.S
Socio della Cooperativa Medici Milano Centro*

**La gestione delle cronicità
in uno scenario assistenziale che cambia**

Rinnovo della convenzione: si affilano le armi

M.D. Medicinae Doctor

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994
ROC n.4120

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

Massimo Bisconcin, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo, Massimo Galli,
Mauro Marin, Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione: Patrizia Lattuada, Anna Sgritto
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggioni

Pubblicità: Teresa Premoli, Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

Via Boscovich, 61 - 20124 Milano
Tel. 02.2022941 (r.a.) - Fax 02.202294333
E-mail: info@passonieditore.it
www.passonieditore.it

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento

Costo di una copia: 0,25 €
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72
n° 633 e del DPR 28/12/72, il pagamento dell'IVA
è compreso nel prezzo di vendita.

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

CONFINDUSTRIA

**FARMA
MEDIA**

Testata volontariamente sottoposta a certificazione
di tiratura e diffusione
Per il periodo 1/1/2012 - 31/12/2012
Periodicità: 15 numeri all'anno
Tiratura media: 30.507 copie
Diffusione media: 30.158 copie
Società di Revisione: RIA Grant Thornton

Non solo a costo zero per il Ssn, ma per la riorganizzazione delle cure primarie i Mmg dovrebbero versare un "obolo" rinunciando, nel nuovo accordo convenzionale, agli emolumenti previsti per l'associazionismo: i timori paventati in alcuni articoli pubblicati da *M.D.* (2013; 9:6; 2012; 15:16) sono così divenuti realtà. D'altronde, in tempi non sospetti, sono caduti nel vuoto i moniti sui rischi di una trattativa straordinaria aperta con il solo intento di aggiornare la parte normativa della convenzione ai dettami della legge Balduzzi. Ed ora i sindacati di categoria sono insorti e lo hanno fatto ognuno con il proprio stile, subito dopo la diffusione da parte degli organi di stampa dei contenuti della bozza dell'atto di indirizzo per il rinnovo dell'Acn.

Il segretario della Fimmg, nelle dichiarazioni rilasciate durante i lavori del 68° Congresso nazionale, ha cercato di tranquillizzare gli animi, facendo intendere che era prematuro discutere su un documento ancora non ufficiale, ma ha anche fatto sapere di essere pronto ad abbandonare il tavolo delle trattative qualora nell'atto di indirizzo fossero presenti contenuti "non in linea col profilo giuridico del medico di famiglia libero professionista convenzionato". E non ha perso l'occasione per chiedere al ministro della Salute di coinvolgere i sindacati medici nei tavoli del Patto della Salute, manifestando palesemente la propria preoccupazione per la circolazione di documenti che ha definito "grossolani e improvvisati".

Decisamente diversi sono i toni utilizzati da Snamì contro quanto ipotizzato nell'atto di indirizzo: aggregazioni obbligatorie, passaggio graduale al ruolo unico, revisione delle indennità, modifiche ai diritti sindacali e, *dulcis in fundo*, decadenza di tutti gli accordi regionali vigenti.

Il presidente nazionale ha chiamato a raccolta i propri quadri sindacali per lanciare una controffensiva contro un rinnovo convenzionale che sarebbe stato preso a pretesto per sconvolgere l'intero impianto della medicina generale. Nel frattempo la Parte pubblica rassicura...

La partita è apertissima, mentre le speranze di cambiare il corso degli eventi si affievoliscono.

I dati relativi agli abbonati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs del 30 giugno 2003 n.196, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare e cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Passoni Editore srl, Responsabile Trattamento Dati, Via Boscovich 61 20124 Milano

La gestione delle cronicità in uno scenario assistenziale che cambia



Le Coop mediche stanno assumendo sempre più un ruolo strategico per fronteggiare i cambiamenti assistenziali messi in campo sui territori per gestire le cronicità. Potrebbero rivelarsi anche una risorsa per rispondere ai dettami della riforma Balduzzi.

M.D. ne ha discusso con **Alberto Aronica**, presidente Centro Studi Co.S e socio della Cooperativa Medici Milano Centro che ha partecipato alla sperimentazione dei Creg in Lombardia

► **Anna Sgritto**

Prevenzione e gestione delle cronicità, riorganizzazione delle cure primarie e modelli regionali: sono questi gli argomenti affrontati durante l'intervista che **Alberto Aronica**, presidente Centro Studi Co.S (Consorzio Sanità) e socio della Cooperativa Medici Milano Centro, ha rilasciato a *M.D.* "L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche - ha esordito Aronica - condiziona e condizionerà lo sviluppo della Medicina, soprattutto della medicina di famiglia e inciderà sul futuro dei sistemi sanitari, mettendone sempre più a rischio la sostenibilità; per questo motivo, la ricerca e la sperimentazione di modelli innovativi e sostenibili è diventata una questione ineludibile per tutti i Paesi occidentali".

► **Ma nel nostro Paese sono state messe in atto da tempo sperimentazioni che vanno in tal senso...**

"È vero, sono sperimentazioni a carattere regionale atte a migliorare la risposta e la presa in carico delle cronicità a livello territoriale in termini di appropriatezza; coniugando efficacia, efficienza e risorse. È chiaro che tali sperimentazioni non possono prescindere dalle caratteristiche dei sistemi regionali di riferimento: ad esempio, in Toscana con il *Cronich Care Model*, in Emilia Romagna con le Case della Salute, in Veneto con le Utap, la *governance* del sistema è mantenuta dalle Aziende sanitarie, che inoltre forniscono il personale infermieristico. La Lombardia, unica, ha scelto come modello i Creg (*Chronic Related Group*), affidando non solo la ge-

stione, ma il budget delle cronicità a un *provider* esterno, che deve occuparsi di tutti gli aspetti organizzativi, lasciando solo quelli clinici in carico al singolo medico di medicina generale. I medici lombardi che, come me, da anni lavorano in associazioni cooperative si sono proposti come *provider* e hanno partecipato attivamente alla sperimentazione che, dopo due anni, si avvia a una prima verifica. È importante puntualizzare come la Regione Lombardia non avesse inizialmente contemplato la potenzialità organizzativa dei Mmg. Accettare questa sfida è stata per le cooperative mediche una scelta obbligata: era fondamentale che fosse la medicina generale a mantenere il ruolo centrale, mentre non partecipare avrebbe significato lasciare campo libero ai privati accreditati, alle fondazioni e alle onlus".

► **Quanti sono i Mmg di Milano che hanno partecipato alla sperimentazione dei Creg?**

“Purtroppo su 1.100 Mmg solo 60 hanno aderito, con più rilevanza nei piccoli centri e in città come Bergamo, dove la sindacalizzazione dei medici è molto elevata. La nostra Cooperativa ha avuto in carico dalla Regione 7.000 pazienti, scelti attraverso la BDA (Banca Dati Assistiti) perché affetti dalle principali patologie croniche. Sono stati seguiti sul piano clinico terapeutico secondo PDTA concordati tra le differenti cooperative, che si sono occupate anche di tutti gli aspetti economico-organizzativi. Abbiamo rispettato il budget regionale attribuito a consumi diagnostici, farmacologici e presidi. I dati clinici raccolti (grazie a un sistema informativo che le cooperative hanno costruito nel tempo per la verifica della qualità professionale) hanno evidenziato un significativo miglioramento degli indicatori di processo e di esito intermedio. Nella prima fase di sperimentazione si è palesata la necessità di un rapporto diretto con specialisti per condividere percorsi di cura: a Milano e in Lombardia gli interventi che hanno come obiettivo l'integrazione tra specialisti ambulatoriali e Mmg sono stati sempre molto limitati, per non dire inesistenti. Per sopperire a questa esigenza abbiamo proposto di stipulare direttamente accordi con una struttura specialistica pubblica (Istituti Clinici di Perfezionamento) e una privata accreditata (San Pio X) nelle aree territoriali dove operano i medici della cooperativa. Nel proseguimento del progetto valuteremo quanto questo modello di integrazione professionale possa influire sugli esiti clinici dei pazienti cronici”.

► **Quindi, le coop di medicina generale rappresentano una risorsa per gestire i cambiamenti assistenziali del nostro Ssn...**

“Sì. Le cooperative mediche sono per noi la soluzione migliore per supportare i Mmg nello svolgimento dei compiti che i nuovi assetti organizzativi dell'assistenza primaria richiederanno. La legge Balduzzi (ancora disattesa nella maggior parte delle Regioni) prevede infatti la riorganizzazione delle cure primarie attraverso l'adesione obbligatoria dei Mmg, dei pediatri e dei medici di continuità assistenziale alle Aft (Aggregazioni funzionali territoriali) ed alle Uccp (Unità complesse di cure primarie); questo significa che i Mmg non dovranno più lavorare da soli, ma evolversi, collaborando, in nuove modalità organizzative. Questa riorganizzazione è stata accolta, come spesso avviene per tutte le innovazioni, con molte riserve da parte di medici e Regioni. Entrambi hanno posto l'attenzione sulla difficoltà di reperire risorse economiche sufficienti a procurarsi i fattori produttivi (sedi, personale, attrezzature tecnologiche) poiché questo modello dovrà essere sviluppato a isorisorse. I medici hanno inoltre manifestato grande diffidenza per l'acquisizione delle nuove competenze non cliniche, necessarie a organizzare e gestire un modello di integrazione multiprofessionale come le Uccp. È bene puntualizzare che i medici continueranno a svolgere principalmente la propria attività di diagnosi e cura: nel modello cooperativo non tutti devono diventare imprenditori (ma solo alcuni che potranno eventualmente delegare ad altri i compiti gestionali), tutti però devono partecipare attivamente alla vita della società. Nell'attuale incerto scenario, il Consorzio Sanità, attraverso l'esperienza della rete delle sue associate, può fornire sicuramente soluzioni sperimentate ed

efficaci. Già dal 1995 ha infatti elaborato progetti di costruzione e gestione di Presidi Territoriali della Medicina Generale (Ptmg), che hanno consentito la realizzazione di strutture e modelli organizzativi totalmente autogestiti, i quali si adattano a quanto previsto dall'ACN in vigore e dalla Legge 189/2003. Il Co.S si propone di mettere a disposizione tutte le competenze e gli strumenti necessari per l'evoluzione delle forme associative esistenti (medicina in associazione, in rete, in gruppo) verso le Aft ed eventualmente costruire le Uccp: formazione di nuovi operatori della cooperazione medica (*scuola management*), servizi di consulenza fruibili anche da remoto (rete dei consulenti), “tutoraggio” da parte di cooperative già esistenti. L'obiettivo è promuovere la nascita di una rete di cooperative di servizio che si occupino di fornire strumenti, sedi, personale e attrezzature necessari ai propri medici soci, lasciando loro il solo compito di curare. Queste competenze permetteranno la diffusione di una rete di presidi territoriali della medicina di famiglia (Ptmg/Uccp), dove i Mmg opereranno con personale (segretariale, infermieristico, riabilitativo), attrezzature diagnostiche di primo livello, specialisti accreditati e integrati con i servizi socio-assistenziali. In attesa che l'iter applicativo della riforma possa finalmente partire, presenteremo la nostra progettualità e le nostre esperienze operative durante il Congresso Nazionale Co.S, il 27 novembre 2013 a Roma. Il programma è pubblicato sul sito www.cos.it”.

www.qr-link.it/video/1313



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

La normativa sulla certificazione di malattia va rivista!

È questo il monito lanciato durante un recente Convegno organizzato dall'OMCeO di Piacenza in cui è stata avanzata la proposta dell'autocertificazione da parte del lavoratore nei primi tre giorni di malattia

Rivedere la normativa che regola la certificazione di malattia per i dipendenti pubblici e consentire l'autocertificazione per i primi tre giorni: è questa la richiesta lanciata dal recente convegno, organizzato dall'OMCeO di Piacenza con il patrocinio della FNOMCeO, dal titolo *"La certificazione dello stato di malattia del dipendente pubblico e privato - Passato, presente e futuro"*.

Durante il Convegno è stata fatta una disamina delle normative in vigore negli Stati europei ed extra-europei, rilevando che per la giustificazione della malattia dei lavoratori coesistono nelle diverse realtà certificazione medica ed autocertificazione.

Ma l'incontro di Piacenza è stata soprattutto l'occasione per svuotare tutte le criticità della legge "Brunetta" che nell'ottobre 2009 ha introdotto le *"misure finalizzate a contrastare il fenomeno dell'assenteismo nelle pubbliche amministrazioni"* tra le quali *"sono state disciplinate delle fattispecie speciali di responsabilità disciplinare e penale aventi come soggetto attivo della condotta il medico"*.

Responsabilità penali e disciplina-

ri che sono state tradotte in sanzioni estremamente gravi per il medico: una pena che va da 400 euro a 1.600, carcere da 1 a 5 anni, radiazione dall'Albo professionale, licenziamento se dipendente di una struttura sanitaria pubblica o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

Dall'introduzione della legge sono stati molti i fatti di cronaca che hanno coinvolto i medici di medicina generale per aver rilasciato certificati di malattia senza aver effettuato la visita medica. A ben poco sono servite le rimostranze della professione per la estrema gravità delle pene previste in relazione alla gravità del reato e per la immotivata diversificazione nella previsione di reato per i comportamenti riferiti al dipendente pubblico e privato.

Ed è proprio su queste problematiche che si è soffermata l'introduzione del Presidente OMCeO Piacenza **Augusto Pagani** che ha ricordato gli accadimenti che hanno indotto il Consiglio direttivo dell'Ordine provinciale ad assumere una delibera che chiedeva la revisione della legge "Brunetta" e che proponeva la autocertificazione del lavoratore per i primi tre giorni di malattia.

Delibera che è stata adottata all'unanimità e approvata successivamente dal Consiglio nazionale della FNOMCeO. Il Convegno ha dunque rappresentato la seconda tappa di un percorso che prevede il coinvolgimento e l'adesione di tutte le Associazioni dei medici, sindacali e scientifiche, nella richiesta dei provvedimenti legislativi necessari.

► La tavola rotonda

Dalla tavola rotonda, coordinata da **Stefano Alice**, medico di famiglia ed animatore della lista di discussione medica MIR, a cui hanno partecipato esponenti delle associazioni dei medici, sindacali e scientifiche, è emersa la volontà di trovare insieme il modo di continuare a garantire la tutela della salute dei cittadini lavoratori, ma di non tollerare che ciò continui ad avvenire sotto la minaccia di norme punitive e di imposizioni ed attribuzioni poco consone al decoro della professione medica.

Norme studiate ed approvate non per fini sanitari, ma solo per controlli fiscali ed amministrativi che richiederebbero verifiche di altra natura e di altri attori.

Sì alla telemedicina, se si migliora l'organizzazione della professione

I medici di famiglia sono interessati a utilizzare i servizi di telemedicina a patto che migliori l'organizzazione della professione. È quanto emerge dai risultati di due sondaggi condotti dal Centro Studi Fimmg e presentate durante il 68° Congresso nazionale del sindacato, svoltosi di recente a Roma

I 73% dei Mmg italiani è interessato a utilizzare i servizi di telemedicina, con la percentuale più alta al Sud dove si arriva all'82%. La metà (il 52%), però, è favorevole se si migliorano le caratteristiche organizzative della professione. Il dato arriva da due sondaggi condotti su circa 2mila medici da due indagini del Centro Studi Fimmg. I risultati sono stati presentati a Roma durante i lavori del 68° Congresso Nazionale della Fimmg. La prima indagine è stata condotta su di un campione di oltre 700 medici, in collaborazione con il Dipartimento di Economia della Seconda Università di Napoli e con il supporto di Telecom Italia. I medici ritengono soprattutto che questi servizi favoriscano per i pazienti la "prossimità" (30%) e migliorino gli *end point* clinici (26%). Per il 34% gli ambiti in cui possono essere più utili sono quelli dell'integrazione territorio-ospedale e per il 31% quelli della gestione domiciliare del grande anziano. Il problema più grande per i Mmg è trovare la disponibilità di tempo (30%), seguito dal rischio che si tratti di sistemi troppo complicati per l'utenza (26%).

"Rispetto alla possibilità di utilizzare servizi di telemedicina specifici (sono stati considerati i sistemi di prenotazione elettronica, di tele monitoraggio, di prescrizione elettronica, di farmaco-sorveglianza, di localizzazione per evitare lo smarrimento di pazienti affetti da disturbi cognitivi, e di supporto a strategie di prevenzione e benessere), i medici ri-

tengono che possano risultare utili per i pazienti (in particolare l'e-CUP, la localizzazione ed il tele monitoraggio) - spiega il responsabile del Centro Studi della Fimmg, **Paolo Misericordia** -. Sugli *item* che tendono a considerare il miglioramento dei rapporti e del dialogo con il paziente, i medici riferiscono però maggiore perplessità e scetticismo".

► Le aspettative

Sono oltre 1.000 i Mmg coinvolti nell'altra indagine, realizzata a marzo in collaborazione con il Politecnico di Milano e con DoxaPharma. L'85% dei medici di famiglia accede ad Internet (per scopi professionali e al di fuori delle attività certificative) almeno una volta al giorno; il 58% più volte al giorno. Per quanto riguarda l'ambito professionale, il 96% riferisce di utilizzare normalmente le email; ma anche le modalità un po' più evolute e moderne della nuove frontiere della comunicazione (il 42% frequenta forum, il 24% social network). Il 96% usa la cartella clinica informatizzata, il 67% sistemi di *e-learning*, il 41% sistemi a supporto della reportistica. Il rammarico dei Mmg riguarda la distanza che ancora esiste tra quello che tali sistemi potrebbero garantire rispetto a quanto effettivamente adesso danno, soprattutto per quanto concerne la semplificazione dei processi, la velocizzazione delle attività, la riduzione del carico di lavoro per il personale di studio.

La narrazione, chiave di volta del percorso di cura in Medicina Generale

L'osservazione di alcuni casi clinici in un corso di formazione mette in risalto il valore intrinseco della narrazione come strumento fondamentale della scelta terapeutica in Medicina di Famiglia

Giuliana Bondielli

*Medico tutor di Medicina Generale
Asl 1 Toscana*

Filippo Calcini

*Medico tutor di Medicina Generale
convenzionato Asl 11 Toscana
Coordinatore Corso Specifico
di Formazione in Medicina Generale
Toscana anno 2010-2013*

I casi clinici della Medicina Generale (MG) si definiscono bene con il termine "storie di cura": è attraverso i racconti che si svolge la nostra consultazione col paziente, è con quelli che noi ci confrontiamo nella quotidianità della professione.

La letteratura internazionale riconosce il significato costruttivo delle narrazioni: esse sono la forma in cui il paziente esplicita la sua esperienza di salute, incoraggiano l'empatia, permettono la costruzione di senso e forniscono gli indizi utili alla costruzione di percorsi concordati.

Le storie favoriscono un approccio olistico, sono di per sé intrinsecamente terapeutiche o palliative, possono suggerire o determinare ulteriori opzioni terapeutiche. Nell'educazione dei pazienti e dei professionisti le storie facilmente si ricordano, sono radicate nell'esperienza, stimolano la riflessione, definiscono il *setting* orientato al paziente¹.

Grazie alle narrazioni siamo arrivati ad affrontare la complessità delle situazioni che vedono protagonisti da una parte i pazienti (in relazione con i loro sistemi familiari e sociali) e dall'altra i medici di medicina generale (Mmg) che:

- rispondono ai bisogni di salute del paziente
- lo aiutano a trovare una strada percorribile per lui e il suo sistema, sia familiare sia sociale, che

gli permetta una qualità di vita accettabile.

- rispondono al Ssn sull'appropriatezza dei loro comportamenti rispetto a problemi organizzativi e di gestione del percorso di diagnosi e terapia.

Con il termine di sistema si definisce un insieme di unità legate fra loro da reti di relazioni significative continuamente interagenti, così da modificarsi vicendevolmente e in continuo interscambio con l'ambiente sociale che hanno intorno. Il sistema più rilevante fra tutti è la famiglia, ma lo sono anche il contesto di lavoro, i gruppi sociali, le classi scolastiche, la società in senso lato, l'individuo stesso (teoria dei tipi logici², teoria dei sistemi³, teoria del doppio legame⁴).

Nell'esposizione di ogni caso studiato racconto del paziente e storia clinica hanno preceduto volutamente l'analisi delle linee guida, con l'intento di centrare l'attenzione sulla narrazione che è alla base della consultazione nell'ambulatorio di MG e che consente un'adeguata personalizzazione del percorso di cura.

Non si tratta dei classici casi clinici così come sono trattati in un'aula universitaria, ma di storie di cura entro cui contestualizzare le linee guida nella gestione quotidiana dei nostri pazienti.

Il Mmg presta attenzione al problema della persona e non alla sola patologia, pur attenendosi a

schemi diagnostico-terapeutici precostituiti. Gli aspetti relazionali sono peculiarità di questa professione e risultano uno strumento indispensabile nella gestione globale della persona così come le competenze cliniche e terapeutiche: infatti ci aiutano a orientare un percorso di cura verso modalità accessibili a quel dato paziente.

Considerando che le linee guida si modificano più o meno rapidamente al passo con le nuove scoperte e progressi scientifici, i capisaldi per il Mmg sono il rapporto medico-paziente e la convinzione che un percorso diagnostico-terapeutico possa avere migliore applicazione se co-costruito con l'attenzione dovuta a tutti i sistemi coinvolti.

► **Strutturazione del corso**

L'ordinamento del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale prevede un monte ore annuale di "Studio guidato e finalizzato" (190 ore) da assolvere mediante la preparazione di tesine. Durante il secondo anno di Corso, noi Medici in Formazione di Pisa abbiamo deciso (in accordo con il nostro coordinatore) di trattare argomenti di interesse clinico studiando e analizzando Linee Guida Nazionali o Internazionali per poi contestualizzarle nell'ambito specifico della Medicina Generale.

Abbiamo suddiviso la classe in piccoli gruppi di lavoro formati da 3-4 colleghi. Ciascun gruppo ha scelto un argomento da trattare tra i seguenti: diabete mellito, trombosi venosa profonda, asma, BPCO, ictus ischemico, prevenzione cardiovascolare. La lettera-

tura di riferimento è stata integrata dalle informazioni fornite dai docenti.

Alcuni dei temi trattati sono stati oggetto di Seminario e confronto in aula. In alcuni casi sono stati presentati dati di audit raccolti nelle varie realtà toscane da cui provengono i docenti. Tutti i discenti hanno avuto accesso al database del proprio medico tutor, così da poter riflettere sui dati numerici, entrare nei particolari delle storie e anche verificare quanto la teoria coincida o meno con la pratica clinica quotidiana. Il fulcro di ogni tesina è stato il racconto di un caso clinico: la storia di un paziente che, in un giorno qualunque entra nell'ambulatorio di medicina generale e presenta un problema.

Un iter che immediatamente fa comprendere che la "generalizzazione" non fa parte del futuro lavoro dei Mmg: ogni paziente ha un nome, ogni giorno fa parte di una stagione, dietro ogni singolo problema lamentato si cela la persona con le sue molteplici problematiche e sfaccettature (cliniche e non).

La presentazione del caso clinico si è quindi tramutata nella narrazione di una storia di cura. Sono stati necessari vari incontri per mettere a punto questa particolare modalità di esposizione dopo aver selezionato le storie raccolte. Questa in breve la scaletta che ha guidato le fasi dei lavori.

► **Prima fase**

- Narrazione della storia con particolare attenzione ai colloqui
- Descrizione del contesto familiare, persone coinvolte e luoghi

- Osservazione delle relazioni nel sistema
- Le ipotesi all'inizio, durante e dopo la visita, riflettendo su quanto si è scoperto e appreso
- Le emozioni provate di passo in passo nella veste di professionisti
- Le priorità del caso da un punto di vista medico
- Le priorità di vita espresse dal paziente

► **Seconda fase**

- Eventuali esami di primo livello
- Primo trattamento
- Eventuale urgenza e/o necessità di ricovero
- Impatto della prospettiva di atti da compiere in relazione con la realtà del paziente
- Suggerimenti per la soluzione dei problemi del paziente e della famiglia (con attenzione all'eventuale indirizzo verso figure professionali particolarmente competenti)

Dopo alcuni mesi di lavoro, ciascun gruppo è arrivato alla stesura definitiva del proprio operato utilizzando il programma *Power Point*, poiché meglio si adattava al tipo di narrazione che si voleva proporre. Ciascuna tesina iniziava con un racconto: il protagonista portava in campo la propria storia, il proprio intreccio. Da qui poi si dipanava la riflessione di carattere scientifico e tecnico basata sul percorso diagnostico-terapeutico della patologia in studio. Soprattutto nell'ambito della Medicina Generale non c'è linea guida che tenga se non si considera anzitutto la peculiarità dell'individuo, se non si presta ascolto alle paure, ai bisogni, alla volontà di ogni singola persona.

Le storie

"Usare la testa, proteggere il cuore"

Venerdì sera, c'è profumo di orario di chiusura. Rapida operazione di sgombero mentale per archiviare le fatiche della settimana uscente e focalizzare le idee sul weekend: polvere accumulata negli angoli della casa, frigo vuoto, lavatrici in funzione che si susseguiranno all'impazzata. Il corso di nuoto di mia figlia, le sculture con la pasta di sale. Gli amici a cena e quel film al cinema a cui non intendo rinunciare. Perché sono medico, sacrosanta verità. Ma sono anche mamma, moglie, donna.

Ecco, ci siamo. Esci dal programma, arresta il sistema.

E puntualmente bussa alla porta dell'ambulatorio la ritardataria di turno... Sbuffo, poi respiro profondamente, abbassando il diaframma, l'aria entra dall'ombelico, memore delle tre lezioni di yoga che ho preso in vita mia. È troppo imbarazzante per un medico respirare ad occhi chiusi nel tentativo di visualizzare il flusso di aria che entra ed esce dalla pancia. E le immagini del Netter allora? E le alte e le basse vie respiratorie? E gli acini polmonari e gli alveoli e gli scambi gassosi? Dopo 3 lezioni invece di rilassarmi sentivo crollare le mie certezze, ho desistito. Non indossavo mai il camice... Ma sono un medico, anche se sono già le sette ed è venerdì sera.

Entra, trafelata come sempre. Salta i convenevoli, non sono cose che fanno per lei. *"Scusa l'ora (ha almeno il buon gusto di chiedere scusa... non tutti lo fanno): guarda cosa ho combinato stavolta; se non mi do una calmata prima o poi mi verrà un infarto. Sarà grave? Dammi*

un'occhiata tu che altrimenti mia figlia mi assilla che non mi faccio mai vedere dal dottore".

E senza prendere fiato mi racconta che pochi giorni prima stava correndo dietro la sua nipotina, distratta inciampa in uno scalino e nel cadere batte il seno. Il racconto particolarmente colorito mi spinge ad accennare un sorriso. *"Spogliati, fammi vedere"*. Con le mie mani fredde e affusolate, mani da pianista più che da dottore, palpo la zona tumefatta e dolente. *"Ti sei procurata un bell'ematoma, ma niente di più. Ci vorrà del tempo perché si riassorba, ma non preoccuparti guarirai. In ogni caso tra un mesetto facciamo una mammografia, per sicurezza. Devi stare più attenta però, sei sempre troppo di corsa e hai la testa tra le nuvole. E senti un po', già che sei qui... Siediti, misuriamo la pressione. La fai la terapia? Da quanto non facciamo qualche esame? Ha ragione tua figlia a rimproverarti, sei latitante e non ti prendi abbastanza cura di te. Non sei più una ragazzina"*. *"Ecco lo sapevo che mi incastravi... E rieccoci con la solita romanzina. Era meglio se non passavo"*.

Arteria è mia paziente da sempre, lo è lei come lo sono tutti i suoi familiari. È una bella signora di 71 anni che madre natura ha sempre protetto, forte di un buon patrimonio genetico ereditato dai suoi longevi avi! È separata da circa 25 anni, vive sola in un elegante appartamento in primissima periferia. Ha 3 figli che sono il suo vanto ed è nonna di 3 adorabili nipotine. Ha lavorato fino ad 8 anni fa come assistente sociale, spendendo corpo, anima e cuore in quella che per lei sembrava una missione più che una professione. Ancora oggi, sebbene in pensione, è attivamente impegnata nel sociale. Arteria ha una vita intensa, una fitta rete

di amicizie, è estroversa, impulsiva, molto attiva. È sempre di corsa, ma non dice mai di no a nessuno. Se da un lato tutto ciò la mantiene giovane dentro, dall'altro innegabilmente la costringe ad uno stile di vita sregolatissimo: dorme pochissime ore, il suo è un ritardo cronico, è costantemente in ansia per qualcosa o qualcuno, mangia spesso fuori casa e non ha orari fissi. Tuttavia tutti in città la conoscono, e tutti la amano così com'è, per il suo gran cuore. L'amo anch'io, anche se è venerdì sera, e sono già le 19.30.

Se la guardo dal punto di vista del medico devo tenere presente che è ipertesa da 20 anni, prende un aceinibitore, un calcio-antagonista, la cardioaspirina. Nessun danno d'organo, ha fatto recentemente ECG, ecocardio e doppler VCA che non presentano anomalie patologiche. I reni filtrano alla perfezione, mai avuto problemi di altro genere. Effettivamente è in forte sovrappeso, per non dire obesa, ma non c'è verso di farle seguire uno straccio di dieta sebbene l'argomento sia stato affrontato più volte. Per non parlare di convincerla a camminare, o ad iscriversi in palestra con la sua amica Aerobia. Non fuma, almeno quello. I suoi esami però: 250 di colesterolo totale, 160 di LDL e 180 di trigliceridi. Viaggia su questi valori da anni. Non ci siamo, non ci siamo. Il rischio cardiovascolare, devo far fare prevenzione, devo raggiungere dei target, fa parte del mio lavoro!

Così mi arrovello sulle più recenti linee guida, nostalgica riapprodo al vecchio Progetto Cuore, verifico i criteri di applicabilità della Nota 13. È indubbio: per la scienza Arteria se la meriterebbe, la sua bella statina. Sono un medico in gamba io, anche se è venerdì sera e sono già le 19.45...

"A cosa stai pensando? Tutti uguali, voi

dottori, non c'è mai verso di capire cosa vi passi davvero per la testa".
"Scusami, sono solo un po' stanca. Va tutto bene, Arteria. Sei viva e vitale, sana come un pesce. Un pesce un po' grasso, a dire il vero! Ma che sa godersi la vita. Andiamo a casa adesso, che è venerdì sera e sono già le otto, però mi prometti che torni lunedì: dobbiamo ragionare su come puoi continuare la tua vita, piena di cose da fare, in buona salute e senza troppi cambiamenti".

"Le varici di Varicia"

È lunedì, dall'uscio della porta si intravede una sala d'attesa stracolma; la signora Varicia entra claudicante nell'ambulatorio del Dottor Safeno:
"Buongiorno Dottore. È un po' di tempo che ho un dolore a sta gamba qua; più su, più giù, non ne posso più! Si si proprio lì. È tutta gonfia, è tutta rossa, in qualche punto è viola, non ci cammino quasi! Oh Dottore son sola io! Come faccio ora? Ci pensi lei a farmelo passare questo male qua".

La gamba scotta, è dolorante, il Dottore temendo una trombosi inizia a preoccuparsi: *Povera Varicia, ha già tanti di problemi e con questa gamba da sola a casa. E l'eparina chi gliela farebbe? E col Coumadin, non è che combina qualche guaio? E il doppler quando glielo faranno?* Il Dottor Safeno torna in sé: *"Varicia stia tranquilla, faccia questi esami e l'ecografia e ritorni"*.

Passa solo un giorno e la signora arriva con i risultati degli esami:
"C'è la stellina, lo sapevo E la gamba è sempre peggio! Dottore non me lo fa passare sto dolore? Ma sarà grave? Ora ci ho da fare quest'altro esame, chi mi ci accompagna in ospedale?"

Col D-Dimero la diagnosi di TVP è

quasi certa: le paure di Safeno si concretizzano. Si sforza di mostrarsi sempre più sicuro: *"Varicia bisogna fare le punturine nella pancia, non si demoralizzi, la cosa si risolve e potrà tornare a badare a suo marito. Le faccio vedere io come si fanno"* e salutandola le dà un campione di eparina calcica.

Dopo soli 5 giorni Varicia ritorna soddisfatta con i risultati dell'eco: *a sx trombosi occludente a carico di una vena gemellare mediale a livello del segmento medio di gamba. Si consiglia terapia con fondaparinux da embricare con coumadin per tre mesi e gambaletto classe II di compressione"*.

Varicia è rimasta affascinata dal collega che l'ha stordita con mille paroloni: *"Il dottore della ecografia era proprio bravo, si vede che è specialista! Ora glielo dico al dottore che le punture sue non sono buone, mi deve segnare la cura nuova!"* Pensa Varicia aspettando il suo turno. Ma tra i tanti paroloni forse si è tralasciato qualcosa.

"Dottor Safeno cos'è questo 'cumadino'? E chi mi porta a fare gli esami del sangue tutte le settimane? Non so che fare, devo essere proprio messa male! Dottore, Lei mi deve aiutare! E le calze costano tanto come si fa?"

Safeno è incredulo, ma cerca di controllarsi e a stento tiene a bada i pensieri nella testa: *"Il Coumadin a Varicia che per miracolo ricorda di prendere la terapia antipertensiva. 75 anni, sola a casa con un marito infermo e una badante. Vabbé le linee guida, ma qui si tratta di buon senso!"*.

"Varicia, continuiamo con le punture stia tranquilla, lasciamo perdere l'altra medicina! Rifà l'ecografia tra qualche settimana, ecco la richiesta".

E dopo un mese, puntuale, la signora torna col risultato: *trombosi orga-*

nizzata di vena gemellare al terzo medio gamba sx". Tutto è bene quel che finisce bene. Varicia è contenta perché il dottore ha guarito la sua gamba e tornerà subito in ambulatorio per ringraziarlo...certa che tutte le volte che ne varcherà la soglia verrà considerata per com'è in quel momento, senza tralasciare l'ombra che si porta dietro da casa.
"Oh com'è bravo il mio dottore! La gamba me l'ha guarita e io ho fatto le melanzane sott'olio e gliele porto perché se le merita. Se il dottore ha detto che devo comprare le calze è perché ne ho proprio bisogno, lui sa tutti i problemi miei. Quello specialista mi voleva ammazzare, col 'cumadino' facevo la fine di Teresa che è caduta ed è morta dissanguata, meno male che il dottore mio ha trovato un'altra medicina". Sussurra Varicia ad un'altra paziente in sala d'attesa. Ma povero ecografista, lui Teresa non la conosceva! Certo forse sarebbe bastato solo parlare qualche minuto in più per capire, spiegare e trovare in modo più rapido e consapevole una soluzione. Invece il dottore Safeno, Teresa la conosce bene.

Bibliografia

1. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine. BMJ Books 1998.
2. Russell B, Whitehead AN. Principia matematica. 3 vol. Cambridge: Cambridge University Press, 1910, 1912, 1913.
3. Von Bertalanffy L. La teoria generale dei sistemi. Feltrinelli, Milano 2004.
4. Bateson G. Verso un'ecologia della mente. Adelphi, Milano 1976.

Alla stesura dell'articolo hanno contribuito:

**Silvia Begliuomini, Filomena Cetani,
 Antonio Sibilla, Elisa Sighieri,
 Monica Lo Dico**

*Medici di medicina generale in Formazione
 Pisa*

Indicazioni dell'ASA per la prevenzione cardiovascolare primaria

L'uso di ASA a basse dosi come strategia di prevenzione delle recidive cardiovascolari è fuori discussione. Le evidenze in prevenzione primaria sono meno definite, ma alcune linee guida suggeriscono il suo utilizzo anche in prevenzione primaria in presenza di un rischio CV >10%. Un approccio in linea con quanto indicato da AIFA

Giovambattista Desideri

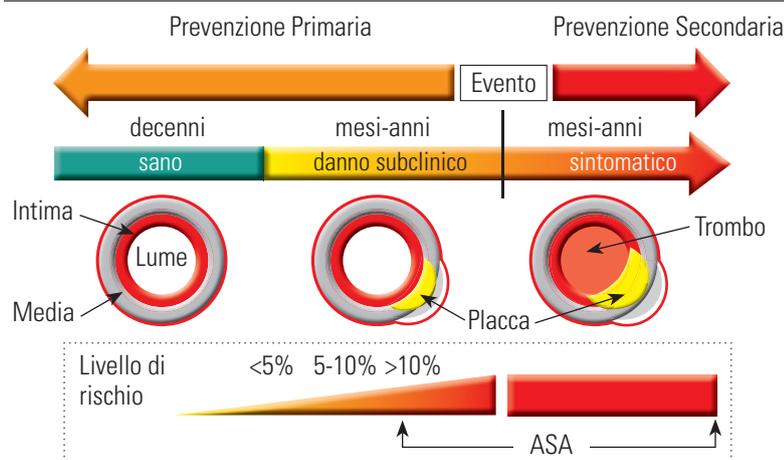
Direttore UO Geriatria
Scuola di Specializzazione in Geriatria
Università degli Studi di L'Aquila

A oltre cento anni dalla sua scoperta l'acido acetilsalicilico (ASA) è ancora un farmaco di riferimento in prevenzione cardiovascolare (CV). Tutte le linee guida internazionali ne raccomandano l'uso in chi ha già avuto un evento. L'assunzione di ASA a basse dosi, infatti, riduce mediamente di un quinto gli eventi CV (infarto miocardico non-fatale, ictus non-fatale e morte per cause vascolari) nei pazienti con pregresso infarto miocardico, ictus o attacco ischemico transitorio. In termini assoluti si tratta di una riduzione dell'incidenza annuale di eventi non fatali pari a circa 10-20 per 1.000 pazienti con una riduzione più contenuta, ma comunque significativa, della mortalità per cause vascolari. In questi pazienti il beneficio

netto derivante dall'assunzione di ASA in termini di protezione cardiovascolare viene solo minimamente inficiato dall'aumento del rischio emorragico, soprattutto rappresentato dai sanguinamenti gastrointestinali, in quanto quest'ultimo è nettamente inferiore, in media dalle 20 alle 50 volte, rispetto alla riduzione degli eventi cardio- e cerebrovascolari. Un'ulteriore conferma del vantaggio protettivo dell'ASA a basse dosi in prevenzione secondaria deriva dalla dimostrazione di un aumento di circa il 40% del rischio relativo di sviluppare un infarto miocardico o un ictus ischemico in caso di discontinuazione dell'assunzione di aspirina. Quando si tratta di impostare una strategia di prevenzione delle recidive cardiovascolari l'uso dell'ASA è, quindi, fuori discussione. Le evidenze sull'uso dell'ASA in prevenzione primaria sono, invece, meno definite come ben si deduce dalla non completa concordanza delle linee guida internazionali che ora raccomandano e ora sconsigliano l'uso di ASA in chi non ha mai avuto un evento CV. Ma quando il dubbio amletico se usarlo o meno ci assale... il ragionamento clinico e fisiopatologico ci viene in soccorso.

Figura 1

Approccio fisiopatologico all'uso di ASA a basse dosi in relazione al profilo di rischio del paziente



► Il (falso) dilemma della prevenzione primaria

Per gli esperti di logica una falsa dicotomia è un tipo di fallacia (o errore nascosto nel ragionamento) che consiste nel presentare due soluzio-

a quella osservata in prevenzione secondaria, va commisurata al rischio di eventi emorragici, principalmente a livello gastroenterico. A questo riguardo appare non inutile riflettere sul fatto che le evidenze derivanti dagli studi di prevenzione primaria non dimostrano un aumento del rischio emorragico nei pazienti trattati con ASA rispetto a quelli assegnati a placebo. Invero, il paziente del "real world" spesso differisce non poco da quello dei trial clinici con un rischio emorragico che può essere variamente aumentato per l'età avanzata o per la presenza di comorbidità, soprattutto gastrointestinali, e di polifarmacoterapie. È fondamentale, quindi, che il medico, nel pieno rispetto del "mandato ippocratico", contemperisca di volta in volta i benefici e i rischi potenziali per evitare che un eccesso di prudenza finisca per portare ad assumere una condotta ingiustificatamente rinunciataria.

► Un approccio pratico

Considerando che il vantaggio protettivo di ASA aumenta con il livello di rischio più di quanto non aumenti il rischio emorragico (figura 3) appaiono condivisibili le raccomandazioni dell'American College of Chest Physician, dell'American Diabetes Association e della United States Service Task Force che suggeriscono l'uso di ASA anche in prevenzione primaria in presenza di un rischio CV >10%. Anche le recentissime raccomandazioni della European Society of Hypertension/European Society of Cardiology per la gestione dell'ipertensione arteriosa raccomandano l'uso di ASA a basse dosi nel paziente iperteso ad aumentato rischio cardiovascolare. Questo tipo di approccio, peraltro, è in linea con quanto indicato dall'AIFA che ha confermato l'indicazione all'uso di ASA, alla dose di 100 mg/die, nel paziente a rischio elevato indipendentemente

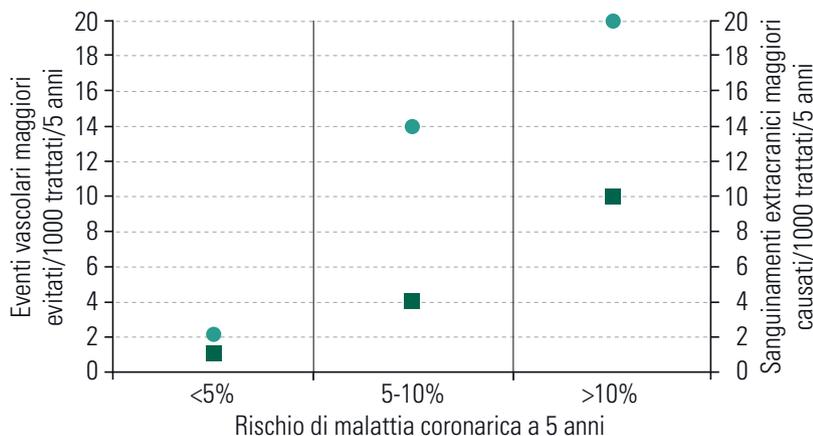
dal fatto che abbia avuto o meno un evento CV. Alla luce di queste considerazioni appare evidente che limitare l'uso di ASA ai soli casi di prevenzione secondaria avrebbe come conseguenza inevitabile il fatto di privare dei possibili benefici dell'antiaggregazione con ASA una quota non trascurabile di pazienti a elevato rischio CV per i quali i vantaggi di ASA certamente supererebbero i potenziali effetti indesiderati. Negli ultimi anni sono stati pubblicati su riviste autorevoli dati favorevoli all'uso di ASA a bassa dose nel prevenire anche altre patologie di grande rilevanza e diffusione. Queste evidenze, già recepite dalle linee guida americane CHEST e citate dalla linee guida ESH/ESC, confermano una grande attenzione per la ricerca su un farmaco che non finisce ancora di stupire.

Figura 3

Effetto assoluto predetto a 5 anni dell'assunzione di ASA nell'evitare eventi avversi*

*Eventi vascolari maggiori e nel causare sanguinamenti maggiori extracranici in tre differenti categorie di rischio a 5 anni di malattia coronarica

● Eventi vascolari evitati ■ Sanguinamenti extracranici maggiori causati



I dati sono stati calcolati dalla metanalisi della Antitrombotic Trialist Collaboration su 6 trial di prevenzione primaria⁹

Bibliografia

1. Baigent C et al. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. *Lancet* 2009; 373: 1849-60.
2. Raju N et al. *Am J Med* 2011; 124: 621-9.
3. Bartolucci AA et al. *Am J Cardiol* 2011; 107: 1796-1801.
4. U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009; 150: 396-404.
5. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2012; 35 (Suppl 1): S11-63.
6. Perk J et al. *Eur Heart J* 2012; 33: 1635-1701.
7. Becker RC et al. *Chest* 2008; 133: 776-814.
8. Mancia G et al. *T J Hypertens* 2013; 31: 1281-357.
9. Patrono C. *Eur Heart J* (2013) doi: 10.1093/eurheartj/eht058 (epub ahead of print)
10. American College of Chest Physicians. *Therapy and Prevention of Thrombosis* (9th Ed). *Chest* 2012; 141: 7S-47.

www.qr-link.it/video/1313



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Algodistrofia, sindrome dolorosa localizzata a mani e piedi

La malattia, relativamente rara, ha come sintomo dominante il dolore, scatenato da stimoli che normalmente non inducono reazione. Se non viene tempestivamente affrontata con una terapia, può evolvere in una fase di tipo retraente con contratture, causa di invalidità funzionale permanente

Liria Rame

Malattia relativamente rara, spesso riconosce in un trauma (frattura o immobilizzazione a scopo terapeutico) l'evento causale; sono state tuttavia segnalate anche altre cause come il diabete, un infarto miocardico, un episodio di ischemia cerebrale o l'uso di alcuni farmaci. Si tratta dell'algodistrofia o "sindrome dolorosa regionale complessa", malattia relativamente rara che coinvolge quasi esclusivamente le estremità (mani e piedi) ed ha una prevalenza leggermente maggiore nel sesso femminile. Il sintomo dominante è il dolore, che assume in questa sindrome i

caratteri particolari dell'iperalgnesia (dolore sproporzionato allo stimolo) e dell'allodinia (dolore scatenato anche da stimoli che normalmente non inducono alcuna sintomatologia dolorosa) (tabella 1). Se non trattata precocemente la sindrome dolorosa regionale complessa può evolvere in una fase di tipo retraente caratterizzata da contratture per lo più in flessione in grado di causare invalidità permanente nella funzione della mano e del piede.

La patologia viene distinta in tipo I, che è la classica sindrome algodistrofica (SA), e tipo II, corrispondente alla sindrome causalgica (SC), conseguente cioè ad una lesione nota di un ramo nervoso. All'esame radiologico può comparire un'osteoporosi localizzata, che in genere regredisce con il regredire della malattia.

"Alla base della malattia - ha illustrato il professor **Luigi Sinigaglia**, Presidente SIOMMMS, Responsabile UOC di Reumatologia, Istituto Ortopedico G.Pini, Milano - ci sarebbe un'iperattivazione del sistema nervoso simpatico, un'esagerata risposta infiammatoria regionale, una carenza di ossigeno ai tessuti e disturbi del microcircolo, verosimilmente connessi con le manifestazioni cliniche presenti nelle sue prime fasi (edema, eritrosi, aumento della temperatura locale e della sudorazione)". Il rilascio locale di neuropeptidi proinfiammatori e di alcune citochine

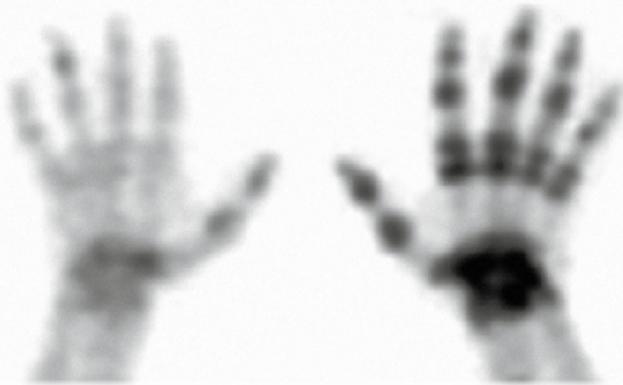
Tabella 1

Criteria Clinici (di Budapest) per la diagnosi di CRPS I

- 1. Dolore continuo sproporzionato all'evento scatenante**
- 2. Il paziente deve riferire almeno un sintomo fra le quattro categorie che seguono:**
 - Alterazioni sensoriali: iperestesia e/o allodinia (quest'ultima è la percezione dolorosa per stimoli normalmente non dolorosi);
 - Alterazioni vasomotorie;
 - Alterazioni sudomotorie;
 - Alterazioni motorie/trofiche
- 3. All'esame obiettivo devono presentarsi almeno un segno in due o più delle seguenti categorie:**
 - Alterazioni sensoriali: iperalgesia e/o allodinia;
 - Alterazioni vasomotorie;
 - Alterazioni sudomotorie;
 - Alterazioni motorie/trofiche
- 4. Assenza di una interpretazione diagnostica alternativa**

Harden RN et al. Pain Med 2007; 8: 326-31

Figura 1

Algodistrofia della mano destra: quadro scintigrafico*Scintigrafia ossea con bisfosfonati marcati con tecnezio*

può rappresentare l'evento che innesca e mantiene le prime fasi di malattia; nelle fasi successive, viceversa, il disturbo del microcircolo e il danno microvascolare sembrano essere i meccanismi patogenetici responsabili dell'evoluzione clinica verso lo stadio che si definisce "distrofico" o "freddo", caratterizzato dalla scomparsa dell'edema e dalla presenza di una subcianosi e un termotatto diminuito.

"La mancanza locale di ossigeno ha proseguito Luigi Sinigaglia - induce un abbassamento del pH, e dunque acidosi, una condizione che può portare al riassorbimento dell'osso e che potrebbe rendere conto della precoce comparsa di un'osteoporosi regionale, la quale, sia per la rapidità con la quale compare sia per le caratteristiche istologiche, non può essere spiegata unicamente con un'iperattivazione degli osteoclasti".

L'indagine radiologica rappresenta spesso la chiave diagnostica fondamentale, anche se la comparsa

dei segni radiologici richiede una latenza di qualche settimana rispetto all'esordio clinico. Il quadro più tipico è costituito da un'osteoporosi "maculata" che con il progredire del quadro clinico diviene osteoporosi omogenea con una riduzione della densità ossea quantificata in circa un 30% e che tende a risolversi più lentamente rispetto al quadro clinico e che persiste anche dopo l'avvenuta guarigione. La metodica diagnostica in grado di fornire con maggior precocità le informazioni utili a una diagnosi precoce è però costituita dalla scintigrafia ossea con bisfosfonati marcati con tecnezio (figura 1).

La risonanza magnetica invece è l'indagine strumentale che, limitatamente alle fasi precoci della malattia, consente di osservare quadri riferibili ad un aumento del contenuto idrico midollare, con il limite tecnico che tali alterazioni sono presenti a carico di segmenti ossei di piccole dimensioni come le ossa della mano o del piede.

► La terapia farmacologica

La terapia della sindrome dolorosa regionale complessa è stata contrassegnata da tentativi molto disparati sia di tipo farmacologico sia di tipo fisico. Al momento la classe farmacologica che offre maggiori garanzie di efficacia è sicuramente rappresentata dai bisfosfonati che, grazie alle elevate concentrazioni raggiunte nella sede patologica, sono in grado di contrastare attraverso vari meccanismi l'edema midollare che sostiene la malattia, migliorando rapidamente il trofismo scheletrico e riducendo di conseguenza i sintomi. Uno studio a firma italiana ne ha confermato l'efficacia in 81 pazienti, randomizzati a ricevere neridronato iv 4 volte ogni 10 giorni o placebo (dopo 50 giorni i pazienti di questo gruppo sono passati a trattamento attivo). Nei pazienti del gruppo neridronato si sono registrati dopo 20 giorni dei significativi miglioramenti per diversi indici di dolore e di qualità della vita, risultati che si sono manifestati anche nei pazienti del gruppo placebo dopo passaggio a bisfosfonato. A distanza di un anno nessuno dei pazienti in studio riferiva sintomi correlati ad algodistrofia (*Rheumatology* (Oxford) 2013; 52: 534-42).

www.qr-link.it/video/1313



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Fibrosi polmonare idiopatica: lo scenario diagnostico del futuro

Telemedicina, consulenza degli specialisti più esperti e programmi di assistenza domiciliare metteranno il paziente al centro di un approccio globale in un percorso diagnostico e terapeutico all'insegna della continuità di cura

Per i malati di fibrosi polmonare ogni respiro è una conquista. Questi pazienti, che fino a pochi anni orsono vedevano nel trapianto d'organo l'unica speranza di arrestare la malattia, possono ad oggi contare su uno scenario migliore. Innanzi tutto è disponibile una terapia in grado, se iniziata nella fase lieve o moderata della malattia, di rallentarne la progressione (pirfenidone). Accanto a ciò saranno avviati anche due importanti progetti: il Programma PerFect®, che garantisce ai pazienti, grazie alla telemedicina, la consulenza degli specialisti più esperti, e il programma di assistenza domiciliare IPF CARE. Due progetti che, insieme alle molte iniziative organizzate dalle associazioni di riferimento, che hanno avuto il culmine nella settimana mondiale dedicata alla malattia (IPF WORLD WEEK), mettono il paziente e la sua famiglia al centro di un approccio globale: un respiro collettivo che nasce e cresce per sostenere chi costantemente vive con la 'fame d'aria'.

La diagnosi però non sempre è un traguardo facile e resta un punto problematico per questi pazienti e arriva spesso in ritardo, preceduta da altre diagnosi errate. "Per una diagnosi corretta - ha spiegato il prof. **Carlo Vancheri**, Professore Ordinario di Malattie Respiratorie, Universi-

tà di Catania - il *gold standard* è rappresentato dalla possibilità di mettere attorno a un tavolo il clinico capace di riconoscere i sintomi del paziente, il radiologo capace di interpretare i segni sulla TAC e il patologo che sappia leggere il materiale biotico. Sviluppare queste competenze non è facile e richiede anni. Questo spiega perché oggi siano pochi i centri che hanno tutte queste competenze insieme. Il Progetto Perfect®, partito a livello sperimentale coinvolgendo circa una cinquantina di centri, prevede un'attività di consulenza per via telematica, con la costituzione di una rete tra centri esperti e non. Ai medici dei centri territoriali basterà inviare le immagini radiologiche o le foto dei preparati istologici via web, avendo la certezza che dall'altra parte i colleghi li esamineranno in tempi brevi mandando loro delle risposte. Il paziente ha il vantaggio di non doversi muovere né cambiare il centro a cui fa riferimento, i medici quello di poter accrescere le proprie competenze". La diagnosi è certamente il primo fondamentale passo perché il paziente possa cominciare un percorso terapeutico adeguato, soprattutto ora che è disponibile un farmaco utilizzabile se preso prima che il danno sia troppo grave. Dal momento in cui un paziente, dopo aver

avuto la diagnosi, entra in terapia si avvia una nuova fase, quella in cui è necessario supportarlo dal punto di vista medico e anche psicologico nella sua quotidianità. "Al momento uno dei problemi maggiori - ha spiegato infatti il prof. **Venerino Poletti**, Direttore UO Pneumologia Ospedale GB Morgagni, L. Pierantoni, Forlì - è l'interruzione della continuità terapeutica, cioè quei pazienti di cui non sappiamo più nulla e che non si presentano alle visite successive. La regolarità dei controlli è importante. Solo mantenendo un contatto costante tra il paziente e lo specialista si può ridurre questo problema". Per aiutare i pazienti anche in questo, nel momento in cui entrano in terapia, è nato il secondo progetto, l'IPF CARE, un programma di assistenza domiciliare che mette a disposizione del paziente e delle famiglie infermieri formati per affrontare le difficoltà che questa patologia pone in essere.

www.qr-link.it/video/1313



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Disturbi dell'udito e rischio di demenze

Al di là dei riverberi sulla vita sociale dell'individuo, recenti ricerche sottolineano la relazione tra ipoacusia e un maggiore rischio di sviluppare demenza. Il pericolo di decadimento cognitivo è direttamente proporzionale al livello di ipoacusia: può aumentare fino a 5 volte nei casi più gravi di sordità e per ogni peggioramento dell'udito di 10 decibel si registra una crescita del rischio di demenza di circa 3 volte

Recenti indagini epidemiologiche hanno stimato che il 10% della popolazione mondiale è affetto da problemi uditivi in grado di comprometterne le capacità comunicative e di relazione. "In Italia - puntualizza **Alessandro Martini**, Direttore Dipartimento di Neuroscienze e Organi di Senso e Professore Ordinario di Otorinolaringoiatria, Azienda Ospedaliera Università di Padova - si stima che oggi circa 7-8 milioni di persone convivano con una qualche forma di ipoacusia. Si tratta, dunque, di una problematica molto diffusa e strettamente correlata con l'età: se 1-2 neonati su mille presentano un problema uditivo già alla nascita, questa percentuale si attesta a circa il 5% a 45 anni, mentre raggiunge un quarto della popolazione dopo i 65 anni e addirittura il 90% nella fascia d'età degli ultraottantenni".

► Una relazione bidirezionale

Un dato preoccupante è quello che correla i disturbi dell'udito alla demenza, con una relazione bidirezionale. Alcuni studi hanno dimostrato, infatti, che il decadimento cognitivo può essere responsabile di una progressiva perdita uditiva, così come l'ipoacusia può rappresentare un fattore di rischio per il peggioramento delle capacità cognitive, soprattutto in età senile. È stato calcolato che l'ipoacusia grave è in grado di aumentare, in maniera indipendente rispetto ad altri potenziali fattori, di ben 5 volte il rischio di sviluppare demenza.

La ragione del legame tra ipoacusia e demenza resta sconosciuta, ma gli studiosi hanno avanzato alcune ipotesi. La più affascinante ritiene che gli stessi meccanismi patogenetici neurodegenerativi riconosciuti in alcune forme di demenza, quali la malattia di Alzheimer, possano essere alla base di alterazioni centrali del sistema uditivo. Un'altra ipotesi, altrettanto suggestiva, sostiene che l'ipoacusia comporti un maggiore sfruttamento delle risorse cognitive per decodificare i suoni in informazioni utili, rendendo così la persona più vulnerabile alla demenza. Infine, altri studiosi si soffermano sul rischio di isolamento sociale, che rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per l'insorgere della demenza ed è strettamente associato all'ipoacusia, in quanto il deficit uditivo comporta una diminuzione del desiderio di uscire e di farsi coinvolgere in conversazioni. Proprio in virtù della relazione bidirezionale tra ipoacusia e disturbi cognitivi occorre intervenire tempestivamente sul danno uditivo, con opportuni test audiometrici e rimediazione acustica in modo da contrastare il più possibile il decadimento della funzione uditiva. Rallentare anche di un solo anno l'evoluzione del quadro clinico, porterebbe a una riduzione del 10% del tasso di prevalenza della demenza nella popolazione generale, con un notevole risparmio in termini di risorse umane ed economiche.

www.qr-link.it/video/1313



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Acne, quando viene a mancare l'azione protettiva del sebo

Recenti studi hanno sottolineato che non è tanto l'eccesso di sebo la causa responsabile della malattia quanto piuttosto la sua variazione qualitativa

Angela Walmar

L'acne è una vera e propria malattia cutanea con importanti implicazioni estetiche", afferma **Giuseppe Monfrecola**, Professore Ordinario di Dermatologia dell'Università di Napoli Federico II. "Essa, pertanto va curata dallo specialista dermatologo in ogni sua fase per evitare che le lesioni o i residui cicatriziali possano influenzare negativamente la qualità della vita dei soggetti che ne sono affetti. Il trattamento dell'acne deve essere personalizzato e modulato nel tempo sia per mettere la malattia sotto controllo che, soprattutto, per mantenere i risultati ottenuti: bisogna ricordare che l'acne può durare molti anni e che il successo viene, non solo dalla corretta prescrizione dermatologica, ma molto di più dall'aderenza del paziente alla terapia". Il trattamento topico dell'acne costituisce il fondamento della terapia in ogni fase della malattia. L'algoritmo terapeutico internazionalmente utilizzato prevede l'impiego di creme, gel o soluzioni contenenti retinoidi, benzoinperossido, antibiotici topici, acido azelaico in associazione o in sequenza con sebonormalizzanti, cheratolitici, antinfiammatori naturali. Analogamente importante è il *counseling* relativo a detergenti, idratanti, cosmetici, filtri solari.

► Le novità per il futuro

Un recente studio, firmato da esperti internazionali, ha approfondito le conoscenze sulle cause dell'acne e, in particolare, sul ruolo del sebo. I risultati hanno messo in evidenza come non sia tanto l'eccesso quanto piuttosto la variazione della composizione qualitativa del sebo una delle cause dell'insorgenza dell'acne. "Nella pelle sana - spiega **Vincenzo Bettoli**, Professore a Contratto presso la Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia, Responsabile dell'Ambulatorio Acne, Università degli Studi di Ferrara - il sebo ha la funzione di proteggere la pelle; in particolare sono tre gli acidi della pelle che garantiscono la sua integrità: l'acido sapienico che tiene sotto controllo l'attività antibatterica, l'acido oleico che protegge la barriera cutanea e l'acido linoleico che è responsabile della permeabilità della pelle. Quando la composizione del sebo muta, e in particolare quando vi è un'alterazione di questi acidi grassi, si apre una falla nel suo ruolo protettivo che porta alle manifestazioni tipiche dell'acne: la riduzione dell'acido sapienico diminuisce l'attività antibatterica, aprendo così la strada ad infezioni, l'attività protettiva

dell'acido oleico viene a mancare consentendo la comparsa di comedoni e la diminuita presenza dell'acido linoleico produce una ipercheratinizzazione della barriera cutanea", conclude Bettoli.

Un'associazione da poco disponibile, bakuchiol e il complesso antiossidante brevettato fluidactiv, combatte l'ossidazione degli acidi grassi e dello squalene presenti nel sebo la cui ossidazione è una delle principali cause delle alterazioni del sebo che portano all'acne. Utilizzata in confronto a placebo in un gruppo di pazienti con pelle acneica ha dimostrato, dopo 56 giorni di trattamento, di aumentare le percentuali di squalene non ossidato (27%), di acido linoleico (37%), di acido sapienico (10%) e di ridurre l'acido oleico (-10%) (dati presentati al convegno International Investigative Dermatology, svoltosi a Edimburgo, Regno Unito, 2013).

www.qr-link.it/video/1313



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Terapie intensive in rete grazie alla telemedicina

► Ha preso il via in Sicilia il progetto pilota "Tele-ICU", che consentirà ai medici degli ospedali Sant'Elia di Caltanissetta e San Vincenzo di Taormina di entrare in rete con i colleghi dell'ISMETT (Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione) di Palermo per integrare competenze ed esperienze ed offrire una migliore assistenza ai pazienti complessi ricoverati in terapia intensiva.

La Tele-ICU è un sistema di comunicazione che permette al medico presente in una postazione remota di poter dialogare con il collega che si sta prendendo cura del paziente. Il sistema consente la comunicazione audio e video e la condivisione dei dati dei pazienti, incluse eventuali immagini radiologiche o dati provenienti dai monitor dei segnali vitali, o quelli che sono registrati sulla cartella clinica elettronica. Il sistema potrà essere sfruttato per coinvolgere il personale di ISMETT anche nel caso di un paziente in morte cerebrale, nel tentativo di garantire la gestione ottimale dei singoli organi del potenziale donatore in vista di un successivo possibile trapianto.

Percorsi di cura e terapie personalizzati

► Si informa sulla propria salute navigando su internet ma, alla fine, per l'italiano la figura di riferimento per ricevere consigli è quella del medico. Auspicano farmaci disegnati sulle necessità di cura di ciascuno. Chiedono al sistema salute semplificazione e personalizzazione dei si-

stemi di cura. Hanno grandi aspettative in tema di prevenzione e accessibilità. Questi sono alcuni degli aspetti emersi dalla ricerca qualitativa "I percorsi di cura del futuro", che Doxa ha svolto per conto di Teva e che è stata di recente illustrata a Milano. La ricerca ha indagato anche i desiderata e gli atteggiamenti dei pazienti nei confronti del farmaco generico che, nel 68% dei casi, porta il cittadino ad affermare che i farmaci generici hanno reso accessibili cure e terapie che prima non tutti si potevano permettere.

Monitoraggio con tecnologia innovativa

► Si chiama FreeStyle Optium Neo ed è il nuovo sistema di monitoraggio della glicemia e della chetonemia dotato di tecnologia innovativa e di un esclusivo design; prodotto da Abbott, ha recentemente ricevuto il marchio CE (Conformité Européenne) e sarà a breve disponibile in tutta Europa. Il dispositivo, dotato di indicatori visivi dei valori della glicemia e funzioni di registrazione delle dosi di insulina, consente un monitoraggio più facile e preciso, e favorisce una migliore gestione quotidiana della malattia.

Contro la schizofrenia serve l'approccio integrato

► Per curare questa patologia psichiatrica con sempre maggiore efficacia servono ricerca e innovazione ma anche un'informazione senza pregiudizi. Oggi la moderna psichiatria è potenzialmente in grado di curare efficacemente la maggio-

ranza degli ammalati, grazie a un approccio multidimensionale integrato che si basa su tre pilastri fondamentali: terapia farmacologica, psicoterapia e interventi psicosociali e riabilitativi, inclusi una terapia familiare psicoeducativa.

Svelato nuovo meccanismo dell'ipertensione arteriosa

► Grazie alla ricerca su una rara patologia renale, è stato possibile svelare il meccanismo biologico che collega l'elevata produzione di uromodulina ad un maggior rischio di ipertensione arteriosa e danno renale. Il risultato si deve al team di Luca Rampoldi dell'Istituto Telethon Dulbecco presso l'Istituto San Raffaele di Milano (*Nature Medicine* 2013; doi:10.1038/nm.3384). Analizzando biopsie renali e campioni di urine di persone normotese e con funzionalità renale normale, è stato osservato che i livelli di uromodulina variavano in base a precise sequenze nel DNA. Un'elevata produzione di uromodulina provoca un maggiore riassorbimento di sodio, potenziando l'azione di una specifica proteina di trasporto localizzata nel rene, con aumento pressorio. La prova del nove? Somministrando un potente diuretico che ha come bersaglio sistema di riassorbimento, è stato riscontrato un maggiore effetto del farmaco sulla pressione negli animali "superproduttori" di uromodulina. Lo stesso meccanismo sembra conservato anche nell'uomo: pazienti ipertesi trattati con lo stesso diuretico hanno, infatti, mostrato una riduzione significativa della pressione solo se portatori delle varianti genetiche associate a maggiore espressione di uromodulina.